

اعلامیه تغییر در کوین غذایی

| | |
|--------------------|--|
| : تاريخ اعلامیه | |
| : اسم پرونده | |
| : شماره | |
| : اسم مأمور رسیدگی | |
| : شماره | |
| : تاریخ | |
| : نشانی | |

(ADDRESSEE)

اگر سوالی دارید و یا اطلاعات بیشتری در مورد این اقدام نیاز دارید، لطفاً با مأمور رسیدگی په پرونده خود تماس بگیرید.

جلسه رسیدگی ایالتی: اگر فکر می کنید که این اقدام اشتباه است، می توانید برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. پشت این ورق به شما می گوید که چطور برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. اگر قبل از اینکه این اقدام انجام شود برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، ممکن است مزایای شما تغییر نکند.

وضعیت در حال رسیدگی:

عدم پذیرش:

درخواست نامه خانوار شما در حال رسیدگی است.

□ درخواست نامه خانوار شما برای کوین غذایی پذیر فته نشده است چون شما و/یا عضوی از خانوار شما در ارائه اثر انگشت و یا تصاویر عکسی قصور کردید که توسط بخشداری از همه اعضاء لازم خانوار گرفته می شود.

اعضاً خانوار زیر در ارائه اثر انگست و یا تصاویر عکسی قصور کردند:

ما از خانوار شما خواستیم تا اثر انگشت و تصاویر عکسی را از همه اعضاء لازم خانوار فراهم کند. همه اعضاء خانوار شما در طرف ده (10) روز از تاریخی که درخواست شده بود توسط بخشداری انگشت نگاری و عکسبرداری نشده اند. برای دریافت کوپن های غذایی، بایستی اثرانگشت ویا تصاویر عکسی همه اعضاء لازم خانوار شما توسط گرفته شده باشد، در غیراینصورت درخواست درخواست نامه شما پذیرفته نشده و اعلامیه دیگری دریافت نخواهید کرد. در این مرحله اگر هنوز کوپن غذایی می خواهید، بایستی که دوباره درخواست کنید.

اعضا خانه، ز انگشت نگاری، و با عکس زدن، نشده اند:

نمی توانیم بدون اثرا نگشتن و تصاویر عکسی از همه اعضاء لازم خانوار،
مزایای کوین غذایی را عرضه کنیم.

اگر خانوار شما اثرانگشت و تصاویر عکسی را از همه اعضاء لازم خانوار تا
تأمین کند، لازم نخواهد بود که یک درخواست نامه جدید تسلیم کنند.

مقررات: این مقررات مربوط به اقدام (های) فوق است:

مقررات: این مقررات مربوط به اقدام (های) فوق است:

سی، توانید آنها را در دفتر رفاه مرور کنید.

می، توانید آنها را در دفتر رفاه مسروک نماید.

حقوق شما در جلسه رسیدگی

اگر با هریک از اقدامات بخشداری موافق نیستید، حق دارید که برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. فقط 90 روز فرصت دارید تا برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. این 90 روز از روز بعد از تاریخ شروع می شود که بخشداری این اعلامیه را به شما داد و یا ارسال کرد.

- برای درخواست برای یک جلسه رسیدگی:
این برگه را پر کنید.
- جلو و پشت این برگه را برای پرونده خودتان کپی کنید. در صورت درخواست،
مأمور رسیدگی به پرونده شما نسخه ای از این برگه را برایتان فراهم خواهد کرد.
- این برگه را به نشانی زیر بپرید و یا ارسال دارید:

اگر قبل از اینکه اقدامی در مورد کمک نقدی، Medi-Cal و کوپن های غذایی شما اجرا شود برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید:

- در مدتیکه منتظر جلسه رسیدگی هستید، ممکن است خدمات مراقبت از کودک شما همان میزان باقی خواهد ماند.
- در مدتیکه منتظر جلسه رسیدگی هستید، ممکن است خدمات مراقبت از کودک شما تغییر نکند.
- تا زمان جلسه رسیدگی و یا تا پایان دوره صدور گواهینامه شما، هر کدام که زودتر باشند، کوپن های غذایی شما تغییری نخواهند کرد.

اگر حکم جلسه رسیدگی اظهار کند که حق با ما بوده است، برای هر مقدار اضافی کمک نقدی، کوپن های غذایی ویا خدمات مراقبت از کودکان به ما بدهکار خواهد بود. برای کاهش و متوقف کردن مزایا قبل از جلسه رسیدگی، مورد زیر را تیک بزنید:
بله، کاهش داده و یا متوقف کنید: کمک نقدی کوپن غذا مراقبت از کودکان

در مدتیکه منتظر جلسه رسیدگی برای موارد زیر هستید:

رفاه به کار:

لازم نیست که در این اشتغال ها شرکت کنید.

ممکن است وجهی برای مراقبت از کودک برای اشتغال و برای فعالیت هایی که توسط بخشداری قبلاً این اعلامیه تصویب شده را دریافت کنید.

اگر به شما بگوییم که پرداخت برای خدمات حمایتی دیگر متوقف خواهد شد، حتی در صورت رفتن به اشتغال خود، وجود دیگری دریافت نخواهد کرد.

اگر به شما بگوییم که خدمات حمایتی دیگر شما را پرداخت خواهیم کرد، به مقدار و طریقی که در این اعلامیه ذکر شده پرداخت خواهد شد.

- برای دریافت آن خدمات حمایتی، بایستی به اشتغالی بروید که بخشداری از شما خواسته در آن شرکت کنید.

- اگر در مدتیکه منتظر حکم جلسه رسیدگی هستید، مقدار خدمات حمایتی که بخشداری پرداخت می کند کافی نیست تا امکان مشارکت را به شما بدهد، می توانید دیگر به اشتغال نزولید.

Cal-Learn:

- اگر به ما بگویید که نمی توانیم به شما خدمت رسانی کنیم، نمی توانید در برنامه Cal-Learn شرکت کنید.

- فقط برای خدمات حمایتی Cal-Learn برای یک اشتغال تصویب شده پرداخت خواهیم کرد.

اطلاعات دیگر

اعضای طرح مراقبت اداره شده Medi-Cal: اقدام ذکر شده در این اعلامیه ممکن است از دریافت خدمات از طرح بهداشتی/درمانی مراقبت اداره شده شما جلوگیری کند. اگر سوالی دارید، ممکن است مایل باشید با خدمات عضویت طرح بهداشتی/درمانی خود تماس بگیرید.

حمایت کودک و/یا پنژشکی: سازمان محلی حمایت از کودکان به شما کمک خواهد کرد تا حمایت بدون هزینه بگیرید، حتی اگر کمک نقدی دریافت نمی کنید. اگر در حال حاضر برای شما حمایت گرد آوری می کنند، تا زمانیکه به صورت کنیتی به آنها تکوینی که متوقف کنند، به این کار ادامه خواهند داد. وجه حمایتی جاری را برای شما ارسال خواهند کرد ولی وجه جمع آوری شده گذشته که به بخشداری بدهکار هستید را نگه خواهند داشت.

تنظیم خانواده: در صورت درخواست، اداره رفاه شما اطلاعاتی را در اختیارتان قرار خواهد داد. پرونده جلسه رسیدگی: اگر برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، بخش جلسات رسیدگی ایالتی برایتان یک پرونده تشکیل خواهد داد. شما حق دارید این پرونده را قبلاً از جلسه رسیدگی خود ببینید و حداقل دو روز قبل از جلسه رسیدگی، نسخه ای از موضوع کنیتی بخشداری در مورد دعوى خود را دریافت کنید. دولت ممکن است پرونده جلسه رسیدگی شما را به اداره رفاه و اداره خدمات بهداشتی/درمانی و انسانی و کشاورزی بدهد. (قانون W بخش های 10850 و 10950).

برای درخواست برای یک جلسه رسیدگی:

این برگه را پر کنید.

- جلو و پشت این برگه را برای پرونده خودتان کپی کنید. در صورت درخواست،
مأمور رسیدگی به پرونده شما نسخه ای از این برگه را برایتان فراهم خواهد کرد.
- این برگه را به نشانی زیر بپرید و یا ارسال دارید:

و یا

- با شماره مجازی تماس بگیرید: 1-800-952-5253 و یا افراد ناشنوا و یا ناگویا
که از TDD استفاده می کنند، 1-800-952-8349.

برای دریافت کمک: می توانید با تماس گرفتن با شماره های مجازی ایالتی که در بالا ذکر شد از حقوق خود در مورد جلسه رسیدگی آشنا شده و یا برای ارجاع به امداد قانونی درخواست کنید. ممکن است بتوانید کمک قانونی مجازی در دفتر امداد قانونی و یا حقوق رفاه محلی خود دریافت کنید.

اگر نمی خواهید به تنها بیانیه به جلسه رسیدگی بروید، می توانید یک دوست و یا فردی را به همراه بیاورید.

درخواست برای جلسه رسیدگی

مايلم در مورد اقدام اداره رفاه بخشداری
در مورد زیر یک جلسه رسیدگی داشته باشم:
 کمک نقدی کوپن های غذایی دیگر (ذکر شود)

دلیل اینست:

اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، اینجا را علامت زده و یک برگه اضافه کنید.
نیاز دارم که دولت یک مترجم بدون اینکه هزینه ای داشته باشد برایم فراهم کند.
(یک خوشآوند و یا دوست نمی تواند برای شما در جلسه رسیدگی ترجمه کند.)

زیان و یا گویش من:

اسم فردی که مزایايش را داشت، تغییر پیدا کرد و یا متوقف شد

| | |
|------------|------------|
| شماره تلفن | تاریخ تولد |
|------------|------------|

نشانی خیابان

| | | |
|-----|-------|--------|
| شهر | ایالت | کمپسٹی |
|-----|-------|--------|

| | |
|-------|-------|
| تاریخ | امضاء |
|-------|-------|

| | |
|------------|----------------------------------|
| شماره تلفن | اسم فردی که این فرم را پر می کند |
|------------|----------------------------------|

مايلم شخصی که در زیر ذکر می شود در جلسه رسیدگی از طرف من نمایندگی کند. من به این فرد اختیار می دهم تا پرونده هایم را مشاهده کرده و برای من به جلسه رسیدگی بروم
(این فرد می تواند یک دوست و یا خوشآوند باشد ولی نمی تواند برای شما ترجمه کند.)

| | |
|------------|-----|
| شماره تلفن | اسم |
|------------|-----|

نشانی خیابان

| | | |
|-----|-------|--------|
| شهر | ایالت | کمپسٹی |
|-----|-------|--------|